Casuistischer Beitrag zu den Abscessen und den Phlegmonen des perivesikalen Bindegewebes.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Facultät in München

vorgelegt von

Wilh. Lohmann,

approb. Arzt aus Bergdorf (Sch.-Lippe).

MÜNCHEN 1896.

Druck von Knorr & Hirth, G. m. b. H.

Casuistischer Beitrag zu den Abscessen und den Phlegmonen des perivesikalen Bindegewebes.

Inaugural-Dissertation

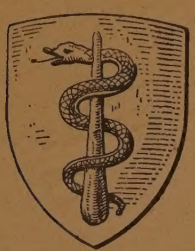
zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Facultät in München

vorgelegt von

Wilh. Lohmann,

approb. Arzt aus Bergdorf (Sch.-Lippe).



MÜNCHEN 1896.

Druck von Knorr & Hirth, G. m. b. H.

Referent: Professor Dr. Bauer.

Abscesse und phlegmonöse Processe des perivesicalen Bindegewebes sind nicht so sehr selten beobachtet, und die Literatur hat schon eine beträchtliche Anzahl von Arbeiten über diesen Gegenstand aufzuweisen. Vornehmlich sind es die Franzosen — diese waren die ersten —, aber auch besonders im letzten Jahrzehnt, deutsche Autoren, wie Englisch, Leusser, Pinner, Roser, Koch, von Bardeleben, König u. A., welche die phlegmonösen Processe der perivesicalen lockeren Bindegewebslagen, insbesondere des Cavum Retzii, sorgfältig beobachtet und eingehend beschrieben haben; in einer Inauguraldissertation vom Jahre 1885 hat Leusser 36 Fälle dieser Art zusammengestellt, Englisch hat 30 Fälle gesammelt; Abhandlungen über Abscesse des Cavum Retzii sind noch in den letzten Jahren verschiedentlich in der Literatur erschienen.

Das Cavum Retzii — nach dem schwedischen Anatomen so genannt — bezeichnet bekanntlich denjenigen Teil des perivesicalen Raumes, welcher zwischen hinterem Rande der Symphyse und Blase gelegen ist, also die prävesicale Region. Indessen weiss man jetzt, dass ein Cavum an dieser Stelle nicht existiert und der Ausdruck unzutreffend ist. Vielmehr hat man gefunden, dass sich in dem prävesicalen Raume weitmaschiges Bindegewebe vorfindet, welches aber nicht nur prävesical, sondern perivesical gelegen ist.

Zum besseren Verständnis unserer Abhandlung vergegenwärtigen wir uns kurz die anatomischen Grenzen des perivesicalen Raumes.

Die Decke des perivesicalen Raumes bildet das Peritoneum, welches die vordere Blasenfläche freilässt, die obere und hintere überzieht und beiderseits von der Blase zu der linea innominata und der fossa iliaca sich hinüberschlägt.

Nach vorn hin wird genannter Raum begrenzt durch das Schambein und seine Äste und weiter oben durch die fascia transversa, welche die Scheidewand bildet zwischen dem prävesicalen und dem retromusculären, d i. dem hinter den Bauchmuskeln gelegenen Bindegewebsraume.

Ein anderes Fascienblatt zieht vom Nabel längs der ligamenta umbo-vesicalia bis zum Blasenscheitel, und die beiden genannten Fascien lassen so drei Abteilungen der perivesicalen Region entstehen: 1) Zwischen den geraden Bauchmuskeln und der fascia transversa den retromusculären, 2) zwischen dieser Fascie und der Vorderfläche der Blase den prävesicalen und 3) zwischen der inneren Platte und der hinteren Blasenwand einerseits und dem Bauchfelle andererseits den präperitonealen Bindegewebsraum.

Im kleinen Becken ist es die dieses auskleidende derbe fascia pelvis, welche den perivesicalen Bindegewebsraum umschliesst und seine Grundlage bildet. Der prävesicale grössere Abschnitt, das sogenannte Cavum Retzii, hat als Boden die Prostata, welche von Verstärkungen der Beckenfascie überzogen wird. Vermittels des pelvi-rectalen Zellgewebes setzt sich der prävesicale Raum, immer kleiner werdend, zu beiden Seiten der Blase längs der Beckenrandung nach unten und hinten bis zum Rectum fort.

Die phlegmonösen Processe nun, welche sich in besprochener Region abspielen und jede Abteilung derselben gesondert befallen können, nehmen einen sehr verschiedenartigen Verlauf; ich werde darauf an späterer Stelle des näheren eingehen. Hier will ich zunächst die Beschreibung eines selteneren Falles dieser Art folgen lassen, welches Ende vergangenen Jahres auf der Klinik des Herrn Professor Dr. Bauer beobachtet wurde.

Krankengeschichte.

(II. Abteilung des Herrn Professor Dr. Bauer.)

Reindl Jacob, 64 Jahre, Maurer.

Anamnese: Patient gibt an, früher nie krank gewesen zu sein. Er suchte das Krankenhaus wegen Harnverhaltung und Appetitmangels auf.

Patient ist Wittwer, sein Sohn ist gesund.

Potatorium negiert.

Status praesens vom 17. November 1895:

Ziemlich kräftiger Körperbau und leidlicher Ernährungszustand. Alopecia capitis. Einige Flecken von Pityriasis versicolor. In der Mitte des Scheitels eine alte Narbe. Wangen infolge Zahnmangels stark eingesunken. Pupillen mittelweit, reagieren nicht auf Lichteinfall. Zunge trocken, mässig belegt. Keine Drüsenschwellungen. Keine Oedeme. An den unteren Extremitäten sind leichte Varicen vorhanden, an der kleinen Zehe des rechten Fusses eine Schwellung und Rötung, verbunden mit Schmerzhaftigkeit und Hitzegefühl. Am Anus befinden sich einige ältere weisse Narben, an der Oberfläche der rechten Hand einige Sugillationen und Suffusionen.

Der Thorax ist ziemlich geräumig (der Angulus Ludovici stark vorspringend); die Supraclavicularymben sind eingesunken, die Intercostalräume eng.

Die Lungenlebergrenze befindet sich vorn am oberen Rande der der 7. Rippe. Der Percussionsschall ist rechts vorn, unter der Clavicula, eine Idee kürzer als links, im übrigen überall hypersonor.

Die Athmung ist beiderseits inspiratorisch leicht verschärft, exspiratorisch geringgradig verlängert.

Hinten besteht keine Schalldifferenz; die Athmung ist dieselbe wie vorn.

An verschiedenen Stellen, besonders links unten, sind zahlreiche kleinblasige Rasselgeräusche zu hören. Sputum sehr gering, schaumig.

Die Herzfigur reicht nach rechts bis an den linken Sternalrand, ist ausserordentlich klein; das Herz ist von Lunge fast vollständig bedeckt. Spitzenstoss nicht fühlbar. Herztöne rein. Der Puls ist gross, ziemlich voll. Die Arteria radialis ist stark geschlängelt und gespannt; es besteht keine Arrythmie. Das Abdomen ist etwas aufgetrieben, aber frei von Ascites. Geringe Schmerzhaftigkeit besteht in der unteren Abdominalgegend.

Die Leber überragt percutorisch den Rippenbogen um einen Finger breit.

Die Milz ist im Längsdurchmesser vergrössert, palpabel. Untersuchung per rectum: An der vorderen Wand des Rectum, einen Centimeter über der Analöffnung befindet sich ein stecknadelkopfgrosses Knötchen, welches papillenartig hervorragt; von der Prostata ausgehend, lässt sich eine diffusse Härte und Infiltration, dem Blasenfundus entsprechend, verbunden mit Druckempfindlichkeit konstatieren.

Die Harnmenge ist gering, seine Farbe gelbrötlich, trüb. Er enthält eine bedeutende Eiweissmenge, und mikroskopisch sind zahlreiche Eiterzellen und degenerierte epitheliale Cylinder aufzufinden.

Der Katheterismus der Blase ergibt keine Strictur der Harnröhre, keine Blasensteine.

Es besteht Benommenheit des Sensoriums und schwerfälliges Denk- und Auffassungsvermögen.

Morgentemperatur 37,4° C.

Abendtemperatur 39,6° C.

Weiterer Verlauf.

Übersicht über Temperatur, Puls, Respiration, Harn:

	Temp.	Puls	Respir.	Harn
19. November:	8h: 37,5	92	28	$\frac{800}{1019}$
	10h: 37,6			
	12h: 38,1		Chinin.	
	2h: 39,0			
	4h: 39,1			
	6h: 38,5			
	10h: 38,4			
20. November:	8h: 36,4	108	24	
	10h: 37,0			
	12h: 38,0		Chinin.	
	4h: 38,7			
	10h: 39,0			
21. November:	8h: 38,3	120	36	$\frac{460}{1019}$
	10h: 38,8			
	12h: 39,8			
	2h: 38,4			
	4h: 39,0			
	6h: 38,9			
	10h: 39,6			
22. November:	8h: 38,1	100	32	$\frac{100}{1020}$
	10h: 39,3			
	2h: 39,0	140	40	
	4—6h: 39,6			
	10h: 39,8			

Patient wird vom 22. November ab immer benommener, reagiert nicht mehr auf Fragen, und am 23. November erfolgt bei steigender

Temperatur von 39,2 auf 40,0 der Exitus letalis, 1 3/4 Uhr Nachmittags.

Die klinische Diagnose lautete: Septicopyaemie; perforativer Abscess des perivesicalen Bindegewebes. Ascendierende Pyelonephritis.

Sektionsbericht.

(Journal No. 871. 1895.)

Anatomische Diagnose: Septicopyaemie, ausgehend von einer extraperitonealen Phlegmone mit multipler Abscessbildung im kleinen Becken. Eiterige Paracystitis. Periprostatitis mit Durchbruch in die Blase.

Multiple Haemorrhagien und Eiterherde der Nieren. Haemorrhagischer Milzinfarkt; septischer Milztumor. Eiterige Bronchitis des linken Unterlappens. Lungenemphysem. Eiterige Cystitis und leichte Hypertrophie der Harnblase.

Gewichte:

Körpergewicht 49 Kg.
Lungen: R 465, L 490 gr.
R und L Niere 255 gr.
Herz 355 gr.
Leber 1728 gr.
Milz 460 gr.
Gehirn 1425 gr.

Masse des Herzens:

Höhe des	R	Ventrikels	9,2 cm.
„ „	L	„	8,5 „
Dicke „	R	„	0,5 „
„ „	L	„	1,0 „
Aortenumfang . . .			9,0 „
Pulmonalumfang . . .			8,0 „

Schlank gebaute, schlecht genährte, männliche Leiche. Die Haut ist blass, das Fettpolster und die Muskulatur sind atrophisch, die Bauchdecken gespannt.

Zwerchfellstand: rechts unterer Rand der IV., links V. Rippe. Die Leber überragt den Schwertfortsatz handtellergross. Der Magen ist durch das Quercolon fast vollständig bedeckt, die Därme sind durch Gase aufgetrieben.

Im kleinen Becken befindet sich kein abnormer Inhalt; der Wurmfortsatz ist frei beweglich.

Die Lungenränder berühren sich in der Medianlinie und bedecken den Herzbeutel völlig. In letzterem befindet sich einige Esslöffel voll seröser Flüssigkeit. Der rechte Vorhof enthält etwas dünnflüssiges Blut, der linke ist fast leer.

Die linke Lunge ist mässig voluminös, etwas gedunsen. Der Oberlappen schneidet sich weich, ist von blaugrüner Farbe und lufthaltig. Der Unterlappen ist etwas blutreicher, zeigt stellenweise beginnende Splenisation und verminderten Luftgehalt. Aus den kleinen Bronchien quillt auf Druck schmutzig grauer Eiter, aus den grösseren schleimiger Inhalt.

Rechte Lunge ähnlich wie die linke. Oberer Lappen auf gedunsen, blass; Fingereindrücke bleiben zurück. Pleura gehörig. Der Unterlappen ist blutreicher; die hinteren, unteren Teile sind etwas eingesunken; daselbst befindet sich ein kirschgrosser, derber Knoten, verwachsen mit der Pleura, welcher beim Einschneiden unter dem Messer knirscht und sich als Kalkherd erweist. Die grösseren Bronchien enthalten geringe Eitermengen.

Das Herz ist von ziemlichem Umfang. Die Aorta ist auffallend weit, die Klappen sind schlussfähig.

Der rechte Ventrikel zeigt ziemlich kräftig entwickelte Wandungen, blasse, schlaffe Muskulatur. Rechter Vorhof erweitert; blass, schlaff. Klappen gehörig.

Der linke Ventrikel zeigt eine hühnereigrosse Höhlung; schlaffe, blasse Muskulatur, Verkalkungen; Aortenintima verdickt. Klappen gehörig, Mitralsegel blass getrübt.

Die Milz ist zwei- bis dreimal vergrössert; Mafse: Länge 20 cm, Breite 12,5 cm, Dicke 4,7 cm. Das Parenchym ist welk, schlaff, von brauner Farbe. Die Pulpa ist stark vermehrt, das trabekuläre Gerüst wenig vermehrt. Es findet sich ein wallnussgrosser, schwärzlicher Herd in der Milz, ähnlich einem haemorrhagischen Infarkt.

Die Leber ist mit dem Zwerchfell oben am rechten Lappen etwas verwachsen. Sie ist von hellbrauner Farbe, blass, blutleer. Die acinöse Zeichnung ist stellenweise erkennbar. Die Consistenz der Leber ist vermehrt, ihre Schnittfläche glatt.

Die Gallenblase enthält eine ziemliche Menge dünnflüssiger gelbbräunlicher Galle.

Die linke Niere ist von mässiger Fettkapsel umhüllt. Propria leicht abziehbar. Sie ist kaum vergrössert, hat eine glatte Oberfläche und welke Consistenz. Auf der Oberfläche befinden sich zahlreiche schmutzig dunkelrötliche Flecken mit stellenweisen centralen punktförmigen Eiterherden. Die Schnittfläche zeigt eine wenig deutliche Zeichnung. Die Rinde ist blass, teilweise von Eiterherden durchsetzt. Das Nierenbecken hat schleimig eiterigen Inhalt, schwach gerötete Schleimhaut.

Rechte Niere, wie linke; nur sind die Eiterherde in weit geringerem Grade vorhanden als links.

Bei Herausnahme der Blase zeigt sich unterhalb des Poupartschen Bandes im extraperitonealen Bindegewebe eine diffuse, eiterige Infiltration, welche in ähnlicher Weise in der Umgebuug der Prostata und des Mastdarms vorhanden ist. Der Mastdarm enthält Kothballen in ziemlicher Menge; die Schleimhaut ist blass, ohne Laesionen.

Die Harnblase entleert ungefähr ein Weinglas voll schmutzig rotbraunen Harns. Ihre Wandung ist bedeutend verdickt, hypertrophisch und mit unregelmässigen Erhabenheiten versehen, die Schleimhaut fleckig gerötet. Zwischen den Ureterenmündungen befindet sich eine Hervorwölbung von Nussgrösse, aus welcher sich auf Druck Eiter entleert. Bei weiterer Untersuchung findet sich im sub- und extraperitonealen Bindegewebe ein Eiterherd vom Umfang einer kleinen Faust.

Die Prostata ist kaum vergrössert; in ihrer Umgebung befinden sich Herde mit grünem, zähflüssigem Eiter gefüllt. Die Harnröhre ist nicht verengt.

Der Magen ist mässig gefüllt, seine Schleimhaut schmutzig grau gefärbt. Die pars Pylorica zeigt Schleimhautwucherungen; in der kleinen Curvatur befindet sich ein $4^1/_2$ cm in der Länge, 1 cm in der Dicke messender Polyp von schwärzlich grauer Farbe, haemorrhagisch infiltriert.

Der Dünndarm zeigt gallig schleimigen Inhalt, eine ziemlich blasse Schleimhaut.

Das Schädeldach ist von mässiger Dicke, leicht sclerosiert.

Die Dura ist auf der Innenfläche, namentlich links, jedoch auch rechts, mit frischen haemorrhagischen Auflagerungen bedeckt.

Der Subarachnoidealraum zeigt reichliche Mengen seröser Flüssigkeit. Die weichen Häute sind etwas getrübt. Die Hirn-

windungen sind ziemlich schmal, die Furchen breit und tief. Die grossen Arterien an der Basis sind geschlängelt, wenig verdickt.

Eine weitere Untersuchung des Gehirns fand nicht statt.

Epikrise.

Die Section ergab also in diesem Falle einen phlegmonösen Process des extraperitonealen perivesicalen Bindegewebes mit multipler Abscessbildung, welche am Blasengrunde zwischen den Ureterenmündungen zur Perforation in die Blase, zu eiteriger Cystitis und darauffolgender eiteriger Pyelonephritis geführt hatte. Infolge allgemeiner Septicopyaemie endete der Process bald mit letalem Ausgange.

Aetiologie.

Was zunächst die Aetiologie anlangt, so lassen sich weder aus der Anamnese noch aus dem objectiven Befund sichere Anhaltspunkte für die Entstehung des Processes beibringen, und wir würden denselben also nach dem heutigen Stande der Wissenschaft bezeichnen als einen phlegmonösen Process kryptogener Natur. Dass in jedem Falle ein infectiöses Agens (pyogene Streptococcen und Staphylococcen) die Grundlage bildet, darüber sind wir uns klar. Auch wissen wir, wie leicht das Eindringen eines derartigen Infectionserregers zu Stande kommen kann; die geringsten Verletzungen der äusseren Haut und der Schleimhäute genügen.

Naturgemäss spielen sich phlegmonöse Processe gerade in lockerem Bindegewebe mit Vorliebe ab, und so werden wir nicht fehl gehen, wenn wir annehmen, dass im vorliegenden Falle ein Eitererreger auf später nicht mehr nachweisbare Weise in den Organismus eingedrungen ist und in dem perivesicalen Bindegewebe eine geeignete Stätte für seine Ansiedelung und Weiterentwickelung gefunden hat.

Als besonders disponierende Momente werden ferner vielfach mit Blutaustritt verbundene Contusionen hervorgehoben.

In seltenen Fällen, wie ich an dieser Stelle gleich bemerken möchte, hat man beobachtet, dass im Verlauf allgemeiner Infectionskrankheiten, besonders bei Typhus und Scharlach, und auf metastatischem Wege infectiöse eiterige Entzündungen in der perivesicalen Bindegewebsregion zur Entwicklung und Ausbreitung gelangen.

In der Regel bilden die aetiologischen Momente entweder Traumen, oder was noch häufiger der Fall ist, Erkrankungen der Nachbarorgane.

Die traumatische Phlegmone des perivesicalen Bindegewebes ist entweder bedingt durch eine äussere Gewalteinwirkung in der Umgebung der Blase, verbunden mit Durchtrennung der äusseren Haut und nachfolgender Infection, oder aber durch chirurgische Eingriffe. Sie war in der vorantiseptischen Zeit häufiger, kommt aber auch jetzt noch vor und zwar dann besonders, wenn eine Behandlung von praevesicalen Verwundungen, wenn ein Steinschnitt, eine Blasenpunction, eine Laparotomie nicht unter sorgfältiger Beobachtung der Antisepsis und Asepsis erfolgt. In analoger Weise kann ein Katheterismus der Blase eine eiterige Cystitis und secundär durch Fortschreiten desselben in die Tiefe eine eiterige Pericystitis hervorrufen. Letztere entsteht besonders dann sehr leicht, wenn beim Katheterismus ein falscher Weg geschaffen oder überhaupt gewaltsam vorgegangen wird. Besonders hervorheben möchte ich noch, dass durch eine Gewalteinwirkung eine Zerreissung der Blase an irgend einer Stelle und Urinaustritt in das umliegende Gewebe stattfinden kann. In diesem Falle tritt sehr schnell eine faulige Zersetzung des Urins ein, wenn dasselbe nicht entfernt wird, und bedroht wegen der Gefahr der Sepsis das Leben des Patienten im höchsten Grade.

Wie bereits angedeutet, entstehen die perivesicalen phlegmonösen Processe am häufigsten durch ein Uebergreifen entzündlicher Processe von den Nachbarorganen her, und zwar können infectiöse Affectionen des gesammten Urogenitalapparates auf die perivesicale Bindegewebsschicht übergehen.

In dieser Hinsicht kommen in erster Linie die Entzündungsprocesse der Blase in Betracht, welche acuter und chronischer Natur sein können. Sehr viele Cystitiden entstehen secundär bei Urethritis gonorrhoica, haben ihrerseits wiederum eine Abscedierung gewöhnlich der vorderen Blasenwand zur Folge und können so auf das perivesicale Bindegewebe übergehen. Dann gehören alle ulcerösen Entzündungsformen der Blasenschleimhaut hierher, von denen ich die Cystitis tuberculosa und diphtheritica hervorhebe. Geschwürsbildungen der Blasenschleimhaut können aber auch durch Gangrän infolge von Druck eines Blasensteines hervorgerufen werden. Endlich bilden die Blasendivertikel in vielen Fällen den Ausgang von Entzündungen der Blase. Alle diese entzündlichen Affectionen können secundär das pericystische Gewebe ergreifen und hier zu Abscessen und phlegmonösen Processen führen.

Als weitere Ausgangspunkte sind in Betracht zu ziehen die infectiösen Erkrankungen der Prostata und des Mastdarms, ferner der Hoden und Nebenhoden, Samenleiter, Samenbläschen beim Manne, der Ovarien, des Uterus und der Vagina beim Weibe.

Schliesslich möchte ich noch erwähnen, dass nach Roser's Ansicht viele praevesicale Abscesse als vereiterte Urachuscysten aufzufassen sind.

Verlauf, Symptome: Wie ich bereits angedeutet habe, kann jede der genannten Abteilungen des perivesicalen Bindegewebsraumes für sich erkranken; besonders häufig wird die praevesicale Region des Cavum Retzii befallen (Phlegmone des Cavum Retzii).

Der Verlauf ist ein sehr verschiedener. Bei manchen phlegmonösen Processen kommt es vor der Entstehung der Eiterung zur Heilung durch Resorption, in den meisten Fällen tritt die Eiterung ein, welche in verschiedenartiger Weise verlaufen kann. Kommt es zur Abscedierung, so kann der Process, allmählich fortschreitend, das ganze pericystische Gewebe eiterig einschmelzen, oder er breitet sich nach einer Richtung aus, bis der Eiter an irgend einer Stelle geringen Widerstandes perforiert. Andere pericystische Phlegmonen nehmen einen sehr rapiden Verlauf, ergreifen sehr schnell das ganze lockere Zellgewebe und führen zu multiplen Abscessen.

Im Beginn der Entwicklung einer perivesicalen Phlegmone treten Fieber und Schmerzen auf, welch' letztere der Ausbreitung der Entzündung resp. Infiltration entsprechen und sich meist scharf abgrenzen lassen. Das Abdomen ist meist aufgetrieben. Die Kranken liegen gewöhnlich mit gekrümmten Oberschenkeln da, um die Bauchmuskulatur zu entspannen. Von sonstigen Symptomen sind anzuführen Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen, Benommenheit des Sensoriums.

Ein weiteres wichtiges Symptom ist die in der Umgebung der Blase auftretende entzündliche Schwellung, welche als eine Härte je nach ihrer Ausdehnung oberhalb der Symphyse oder vom Rectum aus zu fühlen und mit Druckempfindlichkeit und Schmerz verbunden ist. Im vorliegenden Falle war bei der Untersuchung per rectum eine diffuse Schwellung zu fühlen, welche von der Prostata ausging und sich am Blasenfundus ausbreitete. Mit dem Auftreten der Infiltration stellen sich mehr oder weniger heftige Blasenbeschwerden ein, bestehend in schmerzhaftem Harndrang und in

Harnverhaltung. Hat die entzündliche Schwellung, resp. eiterige Infiltration und Abscessbildung, eine gewisse Ausbreitung erhalten, so können Entzündungsgeschwülste entstehen im Leistencanal, im Hodensack, am Damm etc.; bei den praevesicalen Processen, den sogenannten Phlegmonen des Cavum Retzii, wird die Geschwulst allmählich oberhalb der Symphyse sichtbar und kann sich, wie aus den anatomischen Verhältnissen hervorgeht, bis zum Nabel ausbreiten, wo es dann gewöhnlich zur Perforation des Eiters kommt.

Wird der Eiter auf operativem Wege nicht entfernt, so verschafft er sich selbst Abfluss; es kommt zum Durchbruch, der an den Stellen des geringsten Widerstandes stattfindet.

In der Mehrzahl der Fälle von praevesicalen Phlegmonen, die man beobachtet hat, erfolgte die Perforation durch die vordere Bauchwand oberhalb der Symphyse in der Linea alba oder noch häufiger dicht am Nabel, indem der phlegmonose Process dem obliterierten Urachus folgte.

Bei den perivesicalen Phlegmonen und Abscessen hat man je nach ihrem Sitz und ihrer Ausbreitung den Eiter in die Peritonealhöhle in das Rectum, am Damm, ferner durch den Leistencanal, die Blase, Harnröhre und Vagina durchbrechen sehen; man hat sogar beobachtet, dass der Eiter durch das foramen ischiadicum hinaus in die Gefässregion bis zum trochanter major einen Weg bahnte, wo er unter der Haut zum Vorschein kam.

Der verhältnissmässig seltene Durchbruch durch das Peritoneum erklärt sich daraus, dass dasselbe bei entzündlichen Processen, namentlich chronischen, sich stark verdickt durch bindegewebige Membramen. Ist die Perforation erfolgt, so ist natürlich eine septische Peritonitis unausbleiblich. Ueberhaupt entsteht sehr leicht, namentlich bei den acut verlaufenden Processen, die Entzündung des Bauchfells mit ihren charakteristischen Erscheinungen, welche in allen Fällen zu den schwersten Complicationen zu rechnen ist.

Die Perforation in die Blase erfolgt gewöhnlich vorn oder am Fundus derselben. So war es auch im vorliegenden Falle, wo der Process besonders in der Umgebung der Prostata seinen Sitz hatte und von da zwischen den Ureterenmündungen den Eiter in die Blase entleerte. Von hier wird dem Eiter durch die Harnröhre nach aussen Abfluss verschafft, ebenso wie beim Durchbruch in die Harnröhre selbst. Doch schliesst sich bei Perforation der Blase eine eiterige Cystitis unmittelbar an und diese kann ihrerseits wiederum

zu ascendierender eiteriger Pyelonephritis und allgemeiner Sepsis führen, wie vorliegender Fall zeigt. Die letzten Complicationen führen natürlich allemal den letalen Exitus herbei.

Die Dauer des Verlaufes, ebenso wie der Ausgang, ist, wie leicht ersichtlich, sehr verschieden. Die acut verlaufenden pericystischen Phlegmonen können bei nicht rechtzeitigem therapeutischen Eingreifen in wenigen Tagen zu allgemeiner Sepsis und letalem Ausgang führen. Andere Processe, namentlich die Phlegmonen des Cavum Retzii, dauern Wochen, manche Monate und Jahre lang. Natürlich hängt sehr viel davon ab, ob der spontane Durchbruch des Eiters abgewartet oder ob demselben durch operativen Eingriff vorher Abfluss verschafft wird.

Diagnose.

Die Diagnose ergiebt sich aus dem Vorhergehenden ziemlich von selbst. Im Anfangsstadium sind Fieber und Schmerz, resp. Druckempfindlichkeit, charakteristisch. Schwierigkeiten kann mitunter die Unterscheidung von einer Peritonitis machen; es kommt dabei in differentialdiagnostischer Hinsicht in Betracht, dass Schmerzen und Druckempfindlichkeit bei der Peritonitis mehr diffus über die Bauchdecken ausgebreitet, bei der perivesicalen Entzündung circumscript vorhanden und gerade auf die Umgebung der Blase beschränkt sind. Durch eine sorgfältige Palpation wird man sich gegen Irrtümer schützen können und, wenn man dieselbe auch vom Rectum und eventuell noch von der Vagina vornimmt, leicht die Druckempfindlichkeit und Schwellung in der Umgebung der Blase constatieren können. Eine Verwechselung mit gefüllter Blase, welche ebenfalls Druckempfindlichkeit und Schwellung oberhalb der Lymphe zeigt, fällt nach Entleerung derselben weg. Von grösster diagnostischer Wichtigkeit ist die Urinverhaltung.

Schmerz und Druckempfindlichkeit, Retentio urinae und Harndrang, sind Symptome, welche sich auch bei Entzündungsprocessen der Blase selbst vorfinden. Indessen lässt sich eine Entzündung der Blase selbst durch Untersuchung des Urins ausschliessen; bei der Cystitis enthält der Urin reichliche Mengen von Eiweiss und Eiterkörperchen; zu berücksichtigen ist natürlich, dass unter Umständen die perivesicale Phlegmone compliciert ist mit eiteriger Cystitis. Schliesst sich ferner eine ascendierende eiterige Pyelonephritis an, wie im vorliegenden Falle, so enthält der Harn noch

ausserdem die specifischen Nierenelemente, insbesondere die Harncylinder.

Bei Neubildungen, welche vielleicht Anlass zur Verwechselung mit perivesicalen Phlegmonen und Abscessen geben könnten, wird man besonders auf den Verlauf des Processes und auf das Vorhandensein und den Verlauf des Fiebers zu achten haben.

Eine diagnostische Untersuchung, welche der drei Abteilungen des perivesicalen Raumes erkrankt sind, ist in vielen Fällen schwierig, aber auch meist praktisch unwichtig. Bemerken möchte ich nur, dass, wenn der retromuskuläre Raum allein ergriffen ist, die entzündliche Schwellung in der Regel nur auf der einen Seite von der linea alba vorhanden und die andere Seite frei ist.

Prognose.

Nicht in allen Fällen ist der Verlauf der Phlegmonen und Abscesse des pericystischen Bindegewebes so ungünstig wie im vorliegenden Falle.

Der Entzündungsprocess kann schon im ersten Stadium — was allerdings selten beobachtet wird — bei geeigneter Therapie (Ruhe, Antiphlogose) wieder zurückgehen. In der Regel kommt es zur Eiterung; hat nun der Eiter entweder spontan oder operativ auf irgend einem Wege nach aussen seinen Abfluss erhalten, ohne dass bereits allgemeine Sepsis oder Complicationen, wie Peritonitis, Cystitis etc., eingetreten sind, so kommt der Process zum Stillstand, zur Heilung.

Der Eintritt einer Peritonitis gestaltet die Prognose in allen Fällen ungünstig. Absolut infaust wird ferner die Prognose, wenn der Process mit eiteriger Cystitis und ascendierender eiteriger Pyelo-Nephritis compliciert ist.

Therapie.

Was endlich die Therapie anlangt, so kommt es darauf an, in welchem Stadium des Krankheitsprocesses der Patient in Behandlung kommt. Ist die Phlegmone erst im Entstehen begriffen, sind nur die Symptome der Entzündung ohne nachweisbare Eiterung vorhanden, so wird man zunächst versuchen, den Process durch Ruhe und Antiphlogose — Application von Kälte oberhalb der Symphyse, am Damm, im Rectum — rückgängig zu machen.

Lässt sich an irgend einer Stelle durch den Nachweis einer stärkeren Schwellung oder Fluctuation auf eine bestehende Eiterung

schliessen, so wird man sobald als möglich zur Incision schreiten müssen, um den Eiter zu entleeren und den Process zum Stillstand zu bringen. In den meisten Fällen, namentlich bei den praevesicalen Abscedierungen, wird man oberhalb der Symphyse eingehen und am besten durch einen Querschnitt — entsprechend dem hohen Steinschnitt — die Entleerung des Eiters und die Desinfection vornehmen. In anderen Fällen, wo die Geschwulst tiefer und weiter rückwärts sitzt, macht man die Incision vom Damm aus und sucht hier zu dem Eiter zu gelangen und ihm Abfluss zu verschaffen.

Anders gestalten sich die therapeutischen Eingriffe, wenn bereits eine Perforation in die Blase stattgefunden hat. Hier hat man zunächst auf die Lagerung des Patienten zu achten. Sitzt die Fistel mehr vorn, so muss Patient die Rückenlage, sitzt sie weiter hinten, so muss er die Bauchlage möglichst einhalten. Dann schreitet man zu den desinficierenden Blasenausspülungen mit lauwarmen, schwach antiseptischen Lösungen. Schliesslich kann man operativ eingehen und die Fistel zum Schluss zu bringen suchen.

Ist aber, wie im vorliegenden Falle, bereits eine ascendierende eiterige Pyelo-Nephritis und allgemeine Sepsis eingetreten, so kann von einer Heilung nicht mehr die Rede sein. In solchen Fällen wird man sich auf die symptomatische Behandlung beschränken müssen.

An dieser Stelle spreche ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Bauer, für die freundliche Ueberlassung und Durchsicht der Arbeit meinen verbindlichsten Dank aus.

Literatur.

Rüdinger, »Cursus der Topograph. Anatomie«, III. Aufl. 1894.

Eulenburg, »Real-Encyclopaedie«, III. Aufl. 1894.

Englisch, Wiener medicinische Wochenschrift 1891 No. 42.

Leusser, »Ueber das Cavum Retzii und die sog. praevesicalen Abscesse«. Inaugural-Dissertation, Berlin 1885.

Tillmanns, »Lehrbuch der speciellen Chirurgie«, 1894.